33346

Lane Medical Library

Ueber einen Fall von Naevus sebaceus.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

Von

Willy Benkmann
approb. Arzt
aus Ortelsburg (Ostpreussen).

Tag der Promotion: 6. August 1909.

Berlin 1909
Druck von Emil Ebering
Mittelstraße 29.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Bier.**

Meinem lieben Ohm Herrn Apotheker Henning

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uebereinenfallvo0000will

Die Talgdrüsennävi kann man im allgemeinen zu den seltenen Hauterkrankungen rechnen, wenn auch vielleicht eine Anzahl von Fällen, da die Affektion keinerlei Beschwerden verursacht, der wissenschaftlichen Erforschung verborgen geblieben ist. Die Krankheit tritt in zwei klinisch verschiedenen Formen, einer multiplen, symmetrischen und einer zirkumskripten, systematisierten Form auf. Erstere beschränkt sich auf das Gesicht, und auch da sind es besonders bevorzugte Stellen, wo sie beobachtet wird, während der umschriebene Talgdrüsennävus überall am Körper zur Erscheinung gelangen kann. Daß beide Formen auf eine kongenitale Anlage zurückzuführen sind, kann man nach allen neueren Autoren als Tatsache annehmen; nur Kothe [54] will sie unbedingt trennen und kommt nach seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß man die multiplen, miliaren, symmetrischen Talgdrüsengeschwülste des Gesichts nicht mit den systematisierten Talgdrüsennävi identifizieren dürfe. Erstere gehörten auch ätiologisch wahrscheinlich nicht zur Gruppe der Nävi und seien als wirkliche Adenome aufzufassen. Mit dieser seiner Anschauung steht er ziemlich isoliert da. Die Mehrzahl der Beobachter ist anderer Ansicht, was aus den zahlreichen, in den letzten Jahren über diesen Gegenstand veröffentlichten Arbeiten hervorgeht.

Der erste, der die multiple Form näher beschrieb, war Pringle [77], als er im Jahre 1890 einen derartigen Fall beobachtete, doch kann man vielleicht auch die als „petites végétations vasculaires“ in dem 1835 erschienenen Atlas Rayer's [78] abgebildeten Gesichtsefflorescenzen dazu rechnen, da Beschreibung und bildliche Darstellung auffällig

dazu paßt. In dem internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten zeigt Crocker [23] unter dem Namen „Milium congenitale (en plaques)“ zwei Fälle einer Erkrankung aus den Jahren 1879 und 1890, die höchstwahrscheinlich als die erstbeschriebenen Fälle des zirkumskripten Talgdrüsennävus zu gelten haben. Seither sind nun vom einen wie vom anderen Typus eine ganze Anzahl von Fällen zur Beobachtung gelangt, klinisch und anatomisch untersucht und geschildert worden. Vielerlei Uebereinstimmungen, aber ebenso auch Verschiedenheiten der einzelnen in ihren Beobachtungen haben sich ergeben, letzteres besonders auf anatomischem Gebiete, so daß der Streit der Meinungen, der bezüglich der Nomenklatur, Genese, Aetiologie, Prognose etc. entbrannte, nicht wunder nehmen kann. Auch mancherlei Behauptungen und Mutmaßungen bezüglich des Alters der Patienten, der Bevorzugung des einen oder anderen Geschlechts, der nervösen und geistigen Beschaffenheit betreffs Neigung zu Epilepsie, Intelligenzdefekten und ähnl. sind von einigen Autoren aufgestellt, von anderen bezweifelt worden.

Was zunächst das äußere klinisch-anatomische Krankheitsbild dieser Nävi betrifft, so herrscht darüber in den Beobachtungen ziemlich Einheitlichkeit. Man sieht in den Fällen vom Typus Pringle [77]* auf der Nase, besonders an den seitlichen Partien, in den Nasolabialfalten, auf den angrenzenden Wangenteilen und auf dem Kinn, manchmal auch vereinzelt auf der Stirn die Haut mit stecknadelkopf- bis kleinerbsengroßen Knötchen besät, die von gelblich-rötlicher Farbe und derber, bisweilen aber auch weicher Konsistenz sind und

* Das Adenoma sebaceum (Typus Balzer), das identisch ist mit dem Epithelioma adenoides cysticum (Brooke), dem Trichoepithelioma papillosum multiplex (Jarisch), dem Acanthoma adenoides cysticum (Unna), wird von den meisten Autoren scharf aus der Gruppe der multiplen symmetrischen Gesichtsnävi geschieden, während die französischen Autoren diese Tumoren noch als dazu gehörig betrachten.

in symmetrischer Anordnung beide Gesichtshälften bedecken. Die Farbe kann je nach dem Gefäßreichtum auch in ein Dunkelrot hinüberspielen. Man beobachtet neben den beschriebenen Knötchen auf der Gesichtshaut öfters miliare Angiome, auch kommen bei denselben Individuen an anderen Stellen des Körpers die verschiedenartigsten Nävi, Epheliden, Lentigines, weiche Nävi, Mollusca pendula etc. zur Beobachtung. Während beim Typus Pringle die einzelnen Knötchen gänzlich isoliert von einander liegen, ist das Bild bei der zirkumskripten Form des Naevus sebaceus insofern ein anderes, als die Einzeleffloreszenzen zu Streifen, platten Haufen, ja warzenartigen Gebilden dicht an einandergelagert sind, doch kann man sie immer noch deutlich von einander unterscheiden und sie konfluieren niemals. Bisweilen finden sich mit der Affektion lokal vergesellschaftet Eruptionen des Epithelioma adenoides cysticum, wie in den Fällen von Dorst und Delbanco [28] und Pick [72]. Die Doppelnatur, die derartige Krankheitsfälle aufweisen können, trägt wohl mit zu den unklaren, irrtümlichen Anschauungen bei, die bei den älteren Autoren über die Begriffe des gutartigen cystischen Epithelioms, des eigentlichen echten Talgdrüsenadenoms und des Talgdrüsennävus herrschten. Allmählich erst kam durch genaue mikroskopische Untersuchungen mehr Licht in diese Frage. Eine Arbeit, die in exakter, scharf umgrenzter Form das Krankheitsbild des Epethelioms klinisch wie pathologisch-anatomisch zeichnet und absondert von Adenom und Nävus, ist die Dissertation von Christian „Ueber das gutartige Epitheliom der Haut.“ [20]

Neben dem Epithelioma adenoides cysticum kommen in Gemeinschaft mit dem Naevus sebaceus andere Naevusformen vor, wie im Falle Fabry [32] und in meinem eigenen, oder es treten zugleich an anderen Stellen des Körpers ähnliche Erkrankungen auf, wie z. B. im Falle Pinkus [73], wo im Gesicht des Patienten sich das Adenoma sebaceum Pringle, am Abdomen ein Naevus unius lateris fand.

Letzterer bestand in seinem oberen äußeren Teil aus einem einfachen glatten Pigmentfleck, während der untere ein verruköser, papillärer Strichnävus war. Einzelne haben auch zugleich Effloreszenzen auf der Mundschleimhaut beobachtet, wie Kothe [54] und Buschke [17]. (Ueber das Vorkommen von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut siehe Literaturangaben hinten.) Außerdem zeigten sich in diesen Fällen milienähnliche kleine Tumoren auf der ganzen Rückenhaut, Fibromata pendula in der Achselhöhle und am behaarten Kopf einzelne hanfkorn- bis erbsengroße Geschwülstchen. Reitmann [81] berichtet über mehrere Fälle des Adenoma sebaceum Pringle, von denen drei klinisch-anatomisch besonders interessant sind. Bei dem einen zeigten sich als Nebenbefund an den Zehen eigentümliche Tumoren, die sich erst im Lauf der letzten zwei Jahre entwickelt hatten, rundliche, derbe, aus dem Nagelfalz hervorgewachsene Gebilde, gestielt und zum Teil den Nagel überlagernd. Der zweite Fall bot eine interessante Komplikation insofern, als beiderseits die Haut der Hände sowie der Unterarme in ihrer ganzen Zirkumferenz elephantiastisch verdickt war, und bei dem Dritten fanden sich am Mittelfinger der linken Hand zwei größere papillomatöse Excrescenzen und kleinere Papillome am Daumen der rechten Hand. Am rechten Fuß hatte die Patientin ebenfalls ein kirschkern-großes gestieltes Papillom, das der mittleren Zehe aufsaß, und kleinere an den Zehen des linken Fußes. Als seltene Eigentümlichkeit findet sich in meinem eigenen Falle neben dem Nävus der Haut ein solcher der Augenbindehaut, worauf ich später ausführlicher zurückkomme.

Wendet man sich zur histologischen Untersuchung eines derartigen Nävus, so kann das sich dem untersuchenden Auge im einzelnen Falle darbietende Bild ein etwas verschiedenes sein; im allgemeinen begegnet man aber 4 Typen, die jüngst in einem übersichtlichen Schema Winkler [101] zusammengestellt hat. Er unterscheidet:

1. Naevi sebacei, rein;
2. Naevi sebacei et fibroangiomatosi et sudoripari;
3. Naevi fibroangiomatosi;
4. Naevi sudoripari.

Durchforscht man die Angaben der einzelnen Autoren bezüglich der Histologie ihrer Fälle, so haben sich allerdings in der großen Mehrzahl derselben eine Vermehrung und Hypertrophie der Talgdrüsen gefunden, wodurch die Benennung „Naevus sebaceus" als Gesamtbegriff für alle diese Tumoren einigermaßen zu rechtfertigen ist. Betreffs des mikroskopischen Befundes gibt auch Kothe [54] eine gewisse Uebereinstimmung zu, daß nämlich die mächtig entwickelten und massenhaften Talgdrüsen einen Hauptbestandteil der Geschwülstchen ausmachen, während er sonst scharf trennen will. In ihrer Lagerung innerhalb der Lederhaut sind die Drüsen ganz normal. Nun finden sich aber Fälle in der Literatur, wenn auch weitaus in der Minderzahl, wo die Talgdrüsen absolut nicht vermehrt (Kopp [53]) oder sogar an der erkrankten Partie weniger als normal erscheinen (Winkler [101], dagegen war eine Vermehrung und Erweiterung der kleinen Blut- und Lymph-Gefäße und reichliche Zunahme des Bindegewebes zu konstatieren. Sie hat Winkler seiner Gruppe „Naevi fibroangiomatosi" untergeordnet. Eine Kombination der letzteren mit den „Naevi sebacei" sind die bei Winkler unter Typus Pringle angeführten Fälle von Pringle [77], Crocker [22], Taylor und Barendt [91], Pezzoli [71] und Rosenthal [84]. Auch den von Reitmann [81] mikroskopisch untersuchten Fall kann man hierher rechnen. Er konstatiert reichliche Talgdrüsen, aber auch vermehrtes, feinretikuläres, faseriges Bindegewebe und erweiterte Gefäßkapillaren.

Zum Verhalten der Schweißdrüsen ist zu erwähnen, daß z. B. Taylor und Barendt [91] gar keine vorfanden, während sie bei Crocker [22], Pezzoli [71], Bandler [7], Reitmann [81] und Fabry [32] vermehrt und erweitert waren.

Was endlich den vierten Typus Winklers, die reinen Naevi sudoripari, betrifft, so behauptet Kothe [54], daß sie nur als halbseitige, strichförmige Nävi auftreten, und er nennt hier die Fälle von Petersen [70], Elliot [31], Beier [9], Villard u. Paviot [97] und Délore [27]. Winkler selbst zweifelt an dem multiplen symmetrischen Vorkommen der Naevi sudoripari, da die mikroskopische Beschreibung ihm bei dem von ihm erwähnten Falle Perry sehr kurz und zu wenig ausführlich erscheint.

Dorst und Delbanco [28], Fabry [32] und Werther [100] berichten, daß sie bei ihren Fällen eines systematisierten Naevus sebaceus auch typische Nävuszellen gefunden haben, während Audry [4] bei einem gleichen Fall absolutus Fehlen der Nävuselemente konstatiert; dagegen spricht er von einer leichten Pigmentvermehrung in der Malpighischen Schicht, wie dies auch andere beobachtet haben, und von gewissen entzündlichen Vorgängen in der direkten Umgebung. Letzteres finden wir bei Jadassohn [45], Winkler [101], Marullo [57] ebenfalls betont, die z. T. eine diffuse kleinzellige Infiltration entzündlicher Natur, z. T. hauptsächlich um die Gefäße gelagerte Züge, Stränge und Haufen von Spindelzellen gesehen haben.

Das Epithel als solches ist im allgemeinen nicht verändert, während die Cutis in ihrer Gesamtheit verdickt, besonders die Papillarschicht hypertrophiert erscheinen kann.

Anzuführen wäre noch das Verhalten des elastischen Gewebes. Die Angaben darüber sind spärlich. Marullo [57] beschreibt es als normal, es war nur in den infiltrierten Partien teilweise verschwunden. Winkler [101] konstatiert ein Fehlen der elastischen Fasern als besonders erwähnenswert. Sehr hochgradige Veränderungen des elastischen Gewebes werden von Pick [72] angegeben, und diesem Aehnliches fand Kothe [54], welcher schreibt: „Im stratum papillare sind die Fasern normal, ziemlich spärlich entwickelt. Weiter unten jedoch, zwischen den Talgdrüsen, nimmt ihre

Menge außerordentlich zu, zugleich ändert sich ihre Struktur. Sie werden dicker, plumper, kürzer und bilden ein dicht verfilztes Netzwerk.“ Die Untersuchungen Oppenheimers [65] in seinem Falle ergaben, daß sowohl an der Grenze zwischen Epidermis und Corium als auch unmittelbar zwischen den Drüsen das elastische Netz stärker und mächtiger erschien. Auch Reitmann [81] findet im Bereich der Knötchen Degenerationserscheinungen des elastischen Gewebes. In wieweit diese beobachteten Veränderungen des elastischen Gewebes nur durch den Naevus sebaceus bedingt sind, lasse ich dahingestellt. Zu bemerken ist, daß Degenerationen der elastischen Fasern mäßigen Grades im Gesicht auch bei Individuen mittlerer Jahre vorkommen, namentlich, wenn sie viel in freier Luft leben. (Literaturangaben über die Pathologie der elastischen Fasern in der Haut siehe hinten).

Gewisse degenerative Vorgänge des elastischen Gewebes wies auch eine eigenartige Form von Talgdrüsentumoren auf, die, wenn auch schon früher bekannt, im Jahre 1904 Hirschfeld [44] in vier von ihm untersuchten Fällen eingehend beschrieben hat. Ich lasse zu ihrer Charakteristik am besten wörtlich die Schilderung Hirschfelds folgen: „Man findet, worauf Jadassohn schon seit Jahren aufmerksam gemacht hat, nicht selten an der Haut des Gesichts älterer Personen, wie es scheint, häufiger bei Männern als bei Frauen, gut charakterisierte Knötchen, selten in der Einzahl, meist in mehreren, nicht aber nach unseren bisherigen Beobachtungen in sehr vielen Exemplaren.* Sie lokalisieren sich am häufigsten unregelmäßig disseminiert an der Stirnfläche, seltener an den Wangen und an der Nase, sind weder symmetrisch noch linear angeordnet, noch gruppiert, sind stecknadelkopf- bis fast linsengroß, leicht

* Dieselben können in seltenen Fällen in sehr zahlreichen Exemplaren auf der Haut des Gesichts verbreitet sein.

erhaben, flach, scharf umrandet, unregelmäßig rundlich oder etwas polygonal; sie haben einen weißlichen bis weißgelblichen oder leicht bräunlichen Farbenton, oft ziehen feine Gefäßreiserchen über sie fort. Ihre Oberfläche ist glatt; meist sieht man auf ihr eine etwas erweiterte Oeffnung, aus der sich Talg exprimieren läßt, manchmal deren zwei oder drei, oder mehr. Das Aussehen der einzelnen Knötchen erinnert am ehesten an die multiplen Talgdrüsennävi des Gesichts, die sogenannten Adenomata sebacea. Mikroskopisch handelt es sich in der Tat um dasselbe Bild, welches bei den reinen Talgdrüsennävis zu konstatieren ist, d. h. um eine zirkumskripte massenfafte Ansammlung von großen Talgdrüsen.“ Ueber den Zeitpunkt des Entstehens der Affektion und über die Art und Schnelligkeit ihrer Entwickelung wissen die Patienten keine Angaben zu machen. Hirschfeld [44] sagt nun weiter: „Ich halte es nach wie vor für berechtigt, die Tumoren, welche aus in allen wesentlichen Punkten normalen Talgdrüsen bestehen, dann als Nävi zu bezeichnen, wenn ihr gesamtes klinisches Verhalten (strichförmige oder sonstige typische Lokalisation, z. B. in der Form der multiplen symmetrischen Gesichtsnävi, frühzeitiges Auftreten, familiäre Disposition) auf einen kongenitalen Ursprung hinweist.“

Zwei Möglichkeiten hält Hirschfeld betreffs seiner Fälle für gegeben. Es kann sich um Naevi tardivi seu seniles handeln, und die Talgdrüsen haben dann nach der Cohnheimschen Theorie die „immanente Potenz“, zu einer bestimmten und zwar späten Lebenszeit zu — für die betreffende Hautstelle — abnorm stark entwickelten Gebilden heranzuwachsen. Oder aber sie sind aufzufassen als Hyperplasien auf Grund irgend einer bestimmten unbekannten Läsion (Infektion, Akne, Trauma). Die Entscheidung darüber läßt er offen, wenn er auch bei einer Abwägung der verschiedenen Momente glaubt, daß die Auffassung der Gebilde als seniler Nävi die größere Warhrscheinlichkeit für sich hat.

Diese Erörterungen Hirschfelds bezüglich seiner Fälle von Talgdrüsengeschwülsten, die so ungemein zu ihrer Einreihung unter den Gesamtbegriff „Naevus sebaceus“ verlocken, bringen mich auf die Besprechung der Aetiologie und Genese unserer Affektion. Daß hierüber in den Anschauungen der Beobachter eine gewisse Verworrenheit herrschte, liegt wohl daran, daß die Krankheit in einer Reihe von Fällen von Geburt an bestanden hatte, bei anderen erst später in Erscheinung getreten war. Ihre Eigentümlichkeit, bisweilen im Anschluß an eine äußere Einwirkung wie Trauma, Infektionsexantheme, zur Zeit der Pubertätsentwickelung plötzlich aufzutreten, hat ebenfalls dazu beigetragen. Allmählich ist jedoch die Anschauung durchgedrungen, daß man es hier mit einer während des Fötallebens begründeten Anlage zu tun hat, die einmal schon bei der Geburt manifest geworden sein kann, in anderen Fällen erst in den späteren Lebensjahren zum Ausbruch kommt. „Wir müssen wohl annehmen,“ sagt Reitmann [81], „daß zwischen den einzelnen, ein Organ konstituierenden Gewebsarten ein gewisses Korrelationsverhältnis, eine Art Symbiose besteht, die die harmonische Entwickelung des Organs in toto bedingt, sowie dessen integre Erhaltung gewährleistet. Wir müssen uns somit auch einen gewissen, das Wachstum, beziehungsweise die Regeneration regulierenden Mechanismus vorstellen. In einer Störung im Bereiche dieses, vielleicht weniger einer kongenitalen Anlage als einer kongenitalen, in einzelnen Fällen graduell verschiedenen Schwäche könnte dann die Ursache dieser Affektion gelegen sein. Das spätere Manifestwerden wäre dann durch die gesteigerte Inanspruchnahme des Regenerationsapparates durch die bei den akuten Exanthemen in der Cutis gesetzten anatomischen Läsionen, dessen Insuffizienz nun zu Tage tritt, zu erklären. In gewissem Sinne träfe dies auch beim Auftreten der Affektion zur Pubertätszeit zu, während welcher sich im gesamten Organismus, insbesondere auch in der Haut, tiefgreifende anatomische Veränderungen vollziehen.“

Diese Theorie Reitmanns hat ihrer Einfachheit und Natürlichkeit halber viel für sich, zumal auch die Fälle Hirschfelds ungezwungen dadurch in ihrer Aetiologie erklärt werden.

Um einen allgemeinen Ueberblick über Genese der Erkrankung und das Alter der Patienten zu gewinnen, will ich versuchen, eine statistische Zusammenstellung der bis jetzt beschriebenen Fälle von Naevus sebaceus zu geben, soweit mir dies nach der mir zugänglichen Literatur möglich ist. Zugleich berücksichtige ich dabei das Geschlecht und die nervöse und geistige Beschaffenheit der Kranken.

I. Multiple symmetrische Form (Typus Pringle).

Autor	Jahr der Beobacht.	Geschlecht	Alter in Jahren	Genese	Nervöse u. geistige Beschaffenheit
Vidal	1886	m.	18	kongenital	—
Brocq	1888	w.	15	Seit dem 5. Lebensjahr	—
Hallopeau	1888	m.	20	Seit dem 12. Lebensjahr	Intelligenz gering und unruhiges Temperament
Pringle	1890	w.	25	kongenital	Intelligenz nicht besonders scharf
Darier	1890	w.	17	Seit dem 9. Lebensjahr	—
Caspary	1891	w.	19	Zwei Jahre vorher Variola, im Anschluss daran trat die Affektion auf.	Intelligenz anscheinend normal, etwas ungeberdig
Crocker	1892	w.	20	Seit dem 14. Lebensjahr	Intelligenz defekt Epilepsie
Crocker	1892	w.	20	Genese unklar	Chronische Epilepsie und Schwachsinn
Crocker	1892	w.	48	—	Von hervorragender Intelligenz
Taylor und Barendt	1893	m.	50	Seit dem 7. Lebensjahr	Intelligenz gering
Taylor und Barendt	1893	w.	19	Seit Kindheit auf	Geistig tiefstehend
Taylor und Barendt	1893	m.	17	Hereditäre Veranlagung, da die beid. vorhergehend. Fälle, Schwester u. Vater ebenfalls die Affektion besitzen.	schwachsinnig und epileptisch
Rosenthal	1894	w.	26	—	—
Hallopeau u. Leredde	1895	m.	38	Im Alter von 10 Jahren zuerst aufgetreten, dann seit 20 Jahren stationär.	Geringe geistige Entwicklung

Autor	Jahr der Beobacht.	Geschlecht	Alter in Jahren	Genese	Nervöse u. geistige Beschaffenheit
Anderson	1895	m.	27	Beginn vor 20 Jahr.	—
Feulard	1895	w.	13	—	Idiotisch, Abwesenheit der Sprache, rechtsseitige spastische Hemiplagie
Kopp	1896	w.	16	Im 8. Lebensjahr im Anschluss an Scharlach	—
Brumund	1900	w.	—	Beginn im 15. Lebensjahr beim Eintritt der Pubertät	—
Ajello	1900	w.	62	—	—
Ajello	1901	m.	62	—	—
Reitmann	1901	w. Zwill.	13	Seit frühester Kindheit	—
Savill	1901	w.	7	Seit der Geburt	Nervensystem und Intelligenz normal
Thomson	1901	w.	27	Im Alter von einem Jahre	Mittlere Intelligenz
Pezzoli	1901	w.	20	Von Kindheit an	Aufgeweckt, intellig.
Pezzoli	1901	m.	19	Von Kindheit an	Sehr intelligent
Marullo	1902	m.	junger Mann	Seit dem 3. Lebensjahre, doch wurde die Affektion zur Zeit der Pubertät stärker	Intelligent und ohne nervöse Störungen
Mendes de Costa	1902	w.	junges Mäd.	—	Sehr gut geistig entwickelt.
Winkler	1903	m.	18	Von Geburt an, seine vier Brüder und die Schwester besitzen die Affektion ebenfalls von Geburt an.	Geistig normal, doch nicht besond. intelligent
Kothe	1903	m.	33	Seit dem 4. Lebensjahr	Intelligenz normal

Autor	Jahr der Beobacht.	Geschlecht	Alter in Jahren	Genese	Nervöse u. geistige Beschaffenheit
Möller	1904	m.	—	Nicht angeboren, aber seit frühester Kindheit	—
Buschke Löwenheim	1904	m.	13	—	—
Riehl	1905	w.	15	Seit dem 3. Lebensj.	Geistig normal
Pinkus	1905	m.	16	—	—
Poòr	1905	w.	16	Seit dem 8. Lebensjahre, in der letzten Zeit vermehrte Efflo-reszenzen	psychischer Zustand intakt
Pelagatti	1905	m.	24	Seit den ersten Lebensmonaten	Idiotischer Patient starb mit 24 Jahren an Lungentuberkul.
Csillag	1906	w.	28	Seit dem Kindesalter Bestehen der Affektion, mit Eintritt d. Menstruation Vergrösserung der Effloreszenzen	Patientin seit dem Kindesalter nervös, jetzt leidet sie an hysterischen Sympt.
Reitmann	1907	w.	8	Beginn im 3. Lebensjahr	—
Reitmann	1907	m.	älterer Mann	Affektion kongenital. Grossvater, Urgrossvater und drei Brüder des Mannes leiden an dem gleichen Gesichtsausschl.	—
Reitmann	1907	w.	junges Mäd. des v. Tocht.		—
Reitmann	1907	w.	der v. Schw.		Geistig minderwert. eb. ein Onk. d. Mädch

II. Typus (Zirkumskripte systematisierte Form).

Crocker	1879	m.	6 W.	kongenital	—
Crocker	1890	w.	3 M.	kongenital	—
Jamiesson	1893	w.	15	Vor 4 Jahren trat die Affektion ohne eigentliche Ursache auf.	normal

Autor	Jahr der Beobacht.	Geschlecht	Alter in Jahren	Genese	Nervöse u. geistige Beschaffenheit
Pollitzer	1893	—	—	Affektion begann im 18.-19. Lebensjahr, vergrösserte sich zeitweilig, blieb aber dann stationär.	—
Jadassohn	1895	w.	—	—	—
Jadassohn	1895	m.	j.Mann	kongenital	—
Oppenheimer	1898	m.	—	kongenital	Patient dumm, träge
Bandler	1899	m.	22	Seit der Kindheit	normal
Bandler	1899	m.	26	Affektion besteht seit der frühesten Kindheit, doch wurde im Lauf der Jahre eine minimale Grössenzunahme beobachtet, zuletzt stärkeres Wachstum	Geistig normal; jedoch Struma vorhanden.
Dorst und Delbanco	1901	w.	21	Linke Seite des Kopfes von Geburt an betroffen, die Beteiligung der recht. Seite setzte erst mit dem 9. Lebensjahre ein.	intelligent
Möller	1902	m.	28	Seit der Kindheit	intelligent
Möller	1902	m.	33	Seit der Kindheit	intelligent
Buschke	1902	m.	—	—	—
Audry	1903	m.	—	Entwickelte sich auf der Basis einer Narbe	—
Ajello	1903	m.	48	Vor zehn Jahren erlitt Patient Verletzung an der Wange durch eine Lanze, im Anschluss die Affektion	intelligent
Werther	1907	w.	alte Frau	Seit früher Kindheit	—
Fabry	1907	m.	19	kongenital	—
Eigener Fall	1907	w.	8 M.	kongenital	Soweit bis jetzt festzustellen möglich, normal

Aus dieser statistischen Zusammenstellung ergeben sich einige interessante Befunde, die vielleicht rein äußerlicher Natur, aber doch bemerkenswert sind. In den beiden Typen des Naevus sebaceus treten da zu der charakteristischen, verschiedenen Lokalisation und Anordnung der Effloreszenzen gewisse Unterschiede hinzu. Es scheint, als ob die multipel-symmetrische Form an Häufigkeit des Vorkommens die andere überragt. Ich fand von der ersten 41, von der zirkumskripten systematisierten Form dagegen nur 15 Fälle, ungefähr ein Drittel jener. Doch ist das Verhältnis tatsächlich umgekehrt, da die meisten der Fälle von kleinen, strichförmigen Naevi sebacei gar nicht zur Veröffentlichung gelangen.

Als mehr durch Zufall bedingt sind wohl die Zahlenunterschiede bei dem Geschlecht der Patienten anzusehen. Es ergaben sich 16 männlich, 25 weiblich einerseits, 10 männlich, 5 weiblich andererseits. Fast könnte dies zu der Annahme verleiten, als bevorzuge der Pringlesche Typus mehr die Frauen, der zirkumskripte mehr die Männer. Letzteres behauptete mit aller Bestimmtheit Audry [4], da sechs Fälle, die er gesehen habe, nur Männer betrafen. Kothe [54] dagegen meint, es würden vom Adenoma sebaceum beide Geschlechter in gleicher Weise befallen.

Weiterhin resultiert aus unserer Zusammenstellung aber die Tatsache, daß bezüglich der nervösen und psychischen Beschaffenheit der Patienten die beiden Formen der Affektion einen großen Unterschied zeigen. In den meisten Fällen des Pringleschen Typus ergaben sich gewisse Intelligenzdefekte oder zum mindesten eine äußerst geringe geistige Entwicklung, dann nervöse Störungen wie Epilepsie, Hysterie und dergl., während beim Naevus sebaceus circumscriptus nur Oppenheimer [65] eine diesbezügliche Beobachtung gemacht hat. Er gibt an, daß sein Patient einen etwas dummen, trägen Eindruck machte. Bei einzelnen Autoren findet sich kein Vermerk über den psychischen Zustand der Patienten,

doch neige ich zu der Vermutung, daß diese geschehen sein würde, wenn die Patienten darin etwas Abnormes aufgewiesen hätten. Einige schildern ihre Kranken sogar als in hervorragendem Maße intelligent.

Das sind gewisse Widersprüche, die einige Zweifel an der Identität der beiden Affektionsformen berechtigt erscheinen lassen, wiederum stehen sie aber in keinem Verhältnis zu der Menge der übereinstimmenden Momente.

Eine einigermaßen befriedigende Erklärung für das Auftreten von geistigen und nervösen Störungen bei den mit Naevus sebaceus multiplex behafteten Patienten hat man bis jetzt nicht zu geben vermocht, man muß sich mit der Tatsache begnügen. Interessant ist immerhin die Hypothese, die Pelagatti [69] im Anschluß an seinen von ihm beobachteten Fall darüber aufstellt. Der idiotische Patient starb mit 24 Jahren an Lungentuberkulose. Bei der Sektion fanden sich tuberkulöse Lungen- und Darm-Herde, dann kleine Knötchen in der Großhirnrinde und in den Seitenventrikeln, Leiomyome in den Nieren und Rhabdomyome im Myokard. Die Gehirnaffektionen, sagt Pelagatti [69], stellten die sogenannte Sklerosis tuberosa, einen bei Idioten häufigen Befund dar. Rhabdomyome des Myokards seien äußerst selten und zumeist eine Begleiterscheinung der Sklerosis tuberosa. Ebenso seien Leiomyome in der Nierensubstanz oft Nebenbefunde dabei. Offenbar bestehe ein Zusammenhang dieser Neubildungen. Demnach verfechte er die Ansicht, daß auch das Adenoma sebaceum, welches man ziemlich häufig bei Idioten und geistig minderwertigen Individuen trifft, in gleicher Beziehung zur Sklerosis tuberosa stehe wie die Herz- und Nieren-Geschwülstchen. Alle diese Neubildungen, folgert er nun, des Gehirns, des Herzens, der Niere und der Haut können kongenitale Dystrophien sein, verursacht durch eine einheitliche, allerdings unbekannte Krankheit in der Embryonalzeit.

Ohne Zweifel ist diese Hypothese höchst geistreich und

plausibel, aber zur allgemeinen Anerkennung sind der Beobachtungen darüber noch zu wenig.

In prognostischer und therapeutischer Hinsicht bietet der Naevus sebaceus ein wenig erfreuliches Bild. Im Anschluß an meinen eigenen Fall, dessen Krankengeschichte ich jetzt folgen lasse, will ich darauf zurückkommen.

Anfang Mai 1907 wurde in die Königl. Charité ein Mädchen von 8 Monaten eingeliefert wegen warzenförmiger Gebilde an den kleinen Schamlippen und einer knötchenförmigen Erkrankung einzelner Stellen der Kopf- und Gesichtshaut. Die Tumoren an den Geschlechtsorganen erwiesen sich als spitze Kondylome, die den Scheideneingang ringförmig umgaben. Außerdem hatte das Kind seit dem 6. Lebensmonat einen eitrigen Vaginal-Ausfluß von üblem Geruche, bei dessen mikroskopischer Untersuchung der Nachweis von Gonokokken nicht erbracht werden konnte. Die kleine Patientin wurde zuerst der chirurgischen Klinik zwecks Abtragung der Papillome überwiesen. Der Operation wurde eine Verschorfung mit dem Thermokauter hinzugefügt, und die Wundfläche heilte zunächst gut. Innerhalb zweier Monate stellten sich jedoch Rezidive ein, so daß eine nochmalige chirurgische Behandlung notwendig wurde. Der Ausfluß wurde durch Spülungen mit Kalium hypermanganicum zu beseitigen versucht. Inzwischen war das Kind am 10. Mai der Hautaffektion wegen in die Klinik für Haut- und Geschlechts-Krankheiten gebracht worden, wo man die klinische Diagnose auf Naevus sebaceus stellte. Nach Angabe der Eltern, die selbst bis auf einen Scheidenausfluß der Mutter gesund sind und auch noch ein völlig gesundes älteres Kind haben, bestehen seit der Geburt des Mädchens auf seinem Kopfe kahle, unbehaarte Stellen, die ebenso wie Teile des Gesichts mit warzenartigen, flachen Gebilden bedeckt sind. Die objektive Untersuchung des ziemlich schwächlichen, elenden Kindes ergibt folgendes: Ueber dem linken Auge, in der Gegend der Augenbraue, beginnt etwa 1 cm breit,

dann allmählich sich verbreiternd und schräg nach lateral aufwärts ziehend eine umschriebene plattenförmige Anhäufung von dicht aneiander gelagerten, stecknadelkopfgroßen Knötchen, die das Niveau der übrigen Haut um kaum einen Millimeter überragen. Der Nävus überschreitet dann die Grenze zwischen Stirn und normal behaarter Kopfhaut, und, in seiner ganzen Ausdehnung eine Alopecie erzeugend, setzt er sich fort als etwa 4 cm breiter Streifen und biegt nach der Sagittallinie zu um, um in der Gegend der kleinen Fontanelle, im ganzen etwa 12 cm lang, zu enden.

Weiterhin lokalisiert sich die Affektion in einer zweiten Plaque über dem linken Ohr. Diese beginnt ebenfalls 4 cm breit streifenförmig und zieht, gleichfalls Alopecie hervorrufend, 10 cm lang nach der Mittellinie bis zum Hinterkopf empor. Eine schmale Brücke verbindet ihn an seinem temporalen Ausläufer mit einer drittten Stelle, die sich über die halbe linke Schläfengegend und längs der Wange $3^1/_2$ cm breit hinzieht, dabei einen kleinen Teil der Ohrmuschel bedeckend.

Vom Ohre geht ein S-förmig gebildeter Streifen, etwa $^1/_2$ cm breit, ab und verliert sich nach dem Halse zu, ebenso ein kurz vor ihm ziemlich gerade nach unten ziehender gleich breiter Streifen. Etwas oberhalb der Nasenspitze zeigt sich eine vierte Stelle, die linienförmig längs des Septum bis zu dessen Vereinigung mit der Oberlippe, 2 mm breit, zu verfolgen ist. Endlich findet sich, unterhalb des Lippenrots der Unterlippe beginnend, eine ebenfalls strichförmige Partie der Affektion, die zuerst schmal, dann breiter und prominenter werdend, über das Kinn nach unten zum Halse hinabläuft, wo sie in einer bohnengroßen Plaque dicht über dem Sternum endigt. Dieser letzte, strichförmige Teil ist im Gegensatz zu der Ausbreitung auf Stirn und Kopfhaut etwas mehr erhaben und unregelmäßig höckerig, verrukös.

Die Farbe aller Efflorescenzen ist ein blasses Gelbrot, das bisweilen auch in ein reines Rot hinüberspielt, besonders

die bohnengroße Erhebung am Halse dicht über dem Sternum ist mehr gerötet und, während die übrigen Knötchen sich derb, hart anfühlen, von weicher Konsistenz, weswegen man sie klinisch für einen weichen Nävus ansprechen muß. In ihrer Gesamtheit zeigt die Oberfläche des Naevus sebaceus einen gewissen gedämpften Glanz, der an das Aussehen von Chagrinleder oder Atlasstoff erinnert. Ich wurde bei dem Anblick immer wieder auf die Crockerschen Bilder gebracht, die ich in dem „internationalen Atlas seltener Hautkrankheiten" gefunden, wo die Lokalisation so sehr der meines Falles entspricht; ebenso habe ich auch beobachten können, was Crocker [23] bezüglich der Intensität der rötlichen Färbung sagt, daß sie deutlicher hervortrat, wenn das Kind schrie oder auch nur unruhig war, während beim Schlaf die Stellen viel mehr abgeblaßt erschienen, was ja durch den jedesmaligen geringeren oder stärkeren Gefäßfüllungsgrad zur Genüge erklärt wird.

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. Pels-Leusden an der chirurgischen Klinik war es mir vergönnt, auch die mikroskopische Untersuchung meines Falles vorzunehmen. Er exzidierte den strichförmigen Teil des Nävus, der sich über das Kinn am Halse entlang herunterzog, und es wurde mit dem wissenschaftlichen Zweck dabei ein praktischer verknüpft, wenn auch im Vergleich zu der Ausdehnung der Erkrankung die Exzision dieser einen Partie verschwindend wenig bedeutete. Ich härtete das Präparat in Alkohol und bettete dann in Paraffin ein. Die 10—12 μ dicken Schnitte färbte ich mit Haemalaun, Haematoxylin, nach Van Gieson, mit Haematoxylin-Eosin und erzielte schließlich mit Resorcin-Fuchsin sowie Orcein-Methylenblau recht schöne Färbungen der elastischen Substanz. Die besten Uebersichtsbilder ergab die Van Gieson-Färbung, die ich demnach auf die Serienschnitte anwendete.

Entsprechend der makroskopisch warzenartig granuliert erscheinenden Oberfläche sieht man mikroskopisch die Epi-

dermis zergliedert in unregelmäßige Hervorragungen und Vertiefungen, welch letztere zum Teil den Mündungen von Haarfollikeln entsprechen. Einzelne dieser Vertiefungen lassen sogar mehrere Haarbalgtrichter erkennen. Die Hornschicht zeigt in ihrer Dicke und Lagerung nichts Abnormes, ebenso ist normal das Fehlen des Stratum lucidum, dagegen ist die Körnerschicht nicht dünn und von Lücken unterbrochen, wie es für die Haut des Gesichts charakteristisch ist, sondern schon bei schwacher Vergrößerung sieht man sie als dunklen Streifen zwischen der Hornschicht und dem Stratum germinativum entlang ziehen. Die Anwendung von stärkeren Linsen zeigt dann 2—3, ja 4 Lagen der mit reichlichem Keratohyalin gefüllten Zellen übereinander, wie sie sich sonst nur an der Fußsohle und im Handteller finden. Stark verdickt erscheint das Stratum germinativum, sowohl der Tiefe nach, als auch sind die interpapillären Leisten als solche verbreitert und lassen mehr zylindrische und polygonale als abgeplattete Zellen erkennen.

Bei Betrachtung des Coriums fällt sofort eine Vergrößerung und Verbreiterung einzelner Papillen auf, zum Teil sind mehrere kleinere zu einer einzigen größeren verstrichen. Das Bindegewebe in den Papillen zeigt einen mehr zelligen als faserigen Charakter, junge zackige Bindegewebszellen, Fibroblasten, diffus zerstreut sieht man, dazwischen feine Fasern, deren Richtung dem Epithel zustrebt, während weiter nach unten mehr parallel der Hautoberfläche laufende Fasern sich finden. Hier sind sie auch dicker und plumper, wenn auch spärlicher als in den Papillen und lassen wenig zellige Elemente erkennen. An der Grenze zwischen Corium und Epidermis finden sich auch pigmenthaltige Bindegewebszellen, die zum Teil an solchen Zellen der Epidermis liegen, die ebenfalls Pigment aufweisen. Bei meinen Präparaten mit Van Gieson-Färbung fiel mir die schön karmesinrote Färbung der feinen Bindegewebsfasern in den Papillen auf, während die stärkeren in der Tiefe mehr

orangerot gefärbt erschienen. Aehnliches beobachtete betreffs dieser Färbung Kothe [54] bei seinen multiplen Talgdrüsennävis.

Eine bedeutende Anreicherung haben auch die elastischen Fasern erfahren, was ich besonders schön mittels der Orcein-Methylenblau-Färbung nachweisen konnte. Jedoch waren stärkere Geflechte mehr nach der Tiefe zu, während die Papillen sich darin normal verhielten.

Die Blutgefäße zeigten keine auffallenden Erscheinungen. — Was dem mikroskopischen Bilde das eigentliche Gepräge gibt, ist die Unmasse von teils an die Haarbälge gebundenen, teils freien Talgdrüsen. Daß wirklich auch gänzlich frei im Gewebe liegende Talgdrüsenhaufen ohne Verbindung mit einem Haarbalge vorhanden waren, konnte ich einwandsfrei an Serienschnitten nachweisen, wenn sie auch gegenüber den anderen in der Minderzahl erschienen. Die Lagerung der Drüsen innerhalb des Coriums ist eine ganz normale, nur erstrecken sie sich tief ins Stratum reticulare bis in die Region der Schweißdrüsenknäuel hinein. Sowohl die gesamte Drüse als der einzelne Lobulus ist vergrößert und auf die mannigfaltigste Weise ausgebuchtet in rundlichen, aber auch fast kantigen, eckigen Formen. Die Haare mit ihren Bälgen erscheinen im Verhältnis zu den Drüsen klein und wenig entwickelt. Die einzelnen Drüsenzellen findet man in allen Stadien von den kubischen Formen der epithelialen Auskleidung des Drüsenkörpers an bis zu den großen Zellen mit gänzlich geschrumpftem Kern und massenhaften Sekrettropfen, die beim gänzlichen Zerfall dann schließlich den Hauttalg repräsentieren. Die Ausführungsgänge, welche normal nahe der Epidermis in den Haarfollikel münden, treffen in unserem Bilde an den verschiedensten Stellen den Haarbalg bis fast zur Haarzwiebel hin. Manche Follikel weisen 3, 4, 5 Drüsenausführungsgänge in verschiedenem Niveau auf. Haare fanden sich in den Follikeln nur vereinzelt, und letztere zeigten bisweilen nicht einmal die Wurzelschichten

deutlich entwickelt, nur zwei bis drei Lagen von Pflasterepithel. Diese unvollkommen herangebildeten Follikel könnte man, wie dies Kothe andeutet, als selbständige Talgdrüsenausführungsgänge betrachten, die nicht in einem Haarbalg, sondern frei an der Hautoberfläche münden.

An den Knäueldrüsen konnte ich keine Veränderungen finden. Sie sind im Gebiet des Nävus vielleicht etwas spärlich und erst da, wo er in die normale Haut übergeht, reichlicher zu finden.

Unsere histologischen Betrachtungen wären damit erschöpft, und nachdem durch die mikroskopische Untersuchung die klinische Diagnose ihre vollkommene Bestätigung gefunden hat, könnte man vorliegenden Fall in die Winklersche Gruppe der reinen Naevi sebacei einreihen. Was ihn zu einem besonders interessanten gestaltet, ist die außerordentlich große, vielgestaltige Ausdehnung der Affektion, seine Vergesellschaftung mit einem weichen Nävus und das gleichzeitige Ergriffensein der Konjunktiva. Ueber letztere Komplikation sei es mir gestattet, noch einiges zu sagen.

Es findet sich an beiden Augen der kleinen Patientin lateral von der Cornea auf der Conjunctiva bulbi je eine kleine höckrige Geschwulst von weicher Konsistenz. Sie ist auf der Unterlage verschieblich, links etwa linsengroß, rechts ein wenig größer. Im ganzen hat man den Eindruck, als seien die Tumoren scharf umgrenzt, nur der der Cornea zugewendete Teil geht unscharf in ein Pterygium über, das in annähernd dreieckiger Form den lateralen Cornealteil überzieht. Durch diesen Anblick wird bei dem Beschauer die Vorstellung eines starken Strabismus convergens erzeugt, der tatsächlich nur in geringem Maße hier vorhanden ist. Die Farbe des Pterygium ist ein Grauweiß, während der Tumor eine gelbrötliche Färbung zeigt, fast durchsichtig und galiertartig erscheint. Es handelt sich um einen weichen, unpigmentierten Nävus der Konjunktiva, der zu den seltensten

Erkrankungen gehört und dessen Genese, wenn wir der oben erörterten Pelagattischen Theorie folgen, zusammen mit dem Naevus sebaceus der Haut in einer fötalen Anlage begründet ist. Wie die Kenntnis der Nävi überhaupt jung ist, so haben auch derartige Augennävi erst in allerneuster Zeit eine größere Aufmerksamkeit auf sich gezogen und sind näher untersucht worden.

Die ersten Aufzeichnungen stammen von Parinaud [67] aus dem Jahre 1884, wo er unter dem Titel „Dermo-épithéliome de l'oeil" fünf Fälle mitteilt, von denen auch zwei histologisch geprüft worden sind. Er schildert klinisch als besonders wesentlich für die Diagnose die rotgelbe Färbung, das halb durchsichtige Aussehen, die Lage nahe der Cornea, die Tendenz zur Ausbreitung auf der Oberfläche, die Verschieblichkeit auf der Sklera und das jugendliche Alter der Patienten. Seine mikroskopischen Untersuchungen zeigten, daß die Tumoren aus durch Bindegewebe getrennten Epithelmassen aufgebaut waren, die vom Deckepithel abstammen. Die Bindegewebszüge waren infiltriert mit Zellen, die oft schwer von den peripherischen Epithelmassen zu unterscheiden waren. Parinaud glaubt, daß man nach diesem Verhalten früher auf maligne Epitheliome und Sarkome geschlossen hat, mit denen diese Neubildungen nichts zu tun haben; sie sind vielmehr durchaus benigner Natur. Diese Anschauung ist durch spätere Forscher unterstützt worden, nachdem allmählich eine ganze Reihe von Fällen bekannt geworden ist. Ich muß es mir hier versagen, die jetzt schon ziemlich gehäufte Literatur zu durchsprechen, gebe aber unten eine den jüngeren Autoren entnommene Schriftenzusammenstellung. Nur kurz will ich noch einiges den neueren Anschauungen über diese Nävi Entsprechendes anführen. Man unterscheidet pigmentierte und nicht pigmentierte Nävi der Bindehaut. Histologisch zeigen jedoch die beiden Arten vollständige Uebereinstimmung, und es ist demnach der stärkere oder geringere Pigmentgehalt von mehr unterge-

ordneter Bedeutung. Man findet die auch für viele Nävi der Haut charakteristischen, in Strängen und Nestern angeordneten Zellhaufen, welche nach der Ansicht Demiévilles und Bogoliubskys von den Blutgefäßendothelien, nach Recklinghausen von den Endothelien der Lymphgefäße abstammen und nach der augenblichlich wohl von den meisten Autoren geteilten Anschauung Unnas in die obersten Schichten des Coriums verlagerte Abkömmlinge der Epithelzellen darstellen. Durch degenerative Vorgänge kommt es in den anfangs soliden Haufen zu Cysten, die entweder leer oder mit einem Detritus gefüllt sind. Die Nävuszellen sind arm an Protoplasma und besitzen einen großen, dunkelgefärbten Kern und stehen dadurch in einem gewissen Gegensatz zu den Zellen des Deckepithels mit größerem Protoplasmaleib und hellerem Kern, auch fehlt ihnen der Stachelpanzer und die Protoplasmafaserung. Bei den pigmentierten Nävi enthalten die Deckepithelzellen zum Teil das Pigment, doch liegt es auch frei im Gewebe.

Bezüglich der Prognose verhalten sich diese beiden Nävi sehr verschieden. Der pigmentierte hat durchaus die Neigung zu maligner Entartung. In jedem Lebensalter, doch meist bei älteren Personen kann sich ein Sarkom aus ihm entwickeln. Dagegen trägt der unpigmentierte einen durchaus gutartigen Charakter, macht keinerlei Beschwerden und wirkt nur kosmetisch störend.

In jedem Falle ist die operative Entfernung angebracht, da sie technisch absolut nichts Schwieriges an sich hat und in den meisten Fällen für immer die Kranken von ihrem Leiden befreit. Bei unserer Patientin würde man durch operative Entfernung einschließlich des Pterygiums wohl auch einen guten Erfolg erzielen.

Wesentlich anders, und damit komme ich wieder auf mein Hauptthema zurück, gestaltet sich bei unserer Kranken die Prognose des Talgdrüsennävus. Eine maligne Entartung ist wohl auch nicht zu befürchten, da man derlei

bei so großen, flächenartig ausgebreiteten Nävis wohl noch nicht beobachtet hat, es war dies immer nur bei kleinen, vereinzelt auftretenden, der Fall. Eine weitere Ausbreitung wäre möglich, doch das Gewöhnliche ist ein Stationärbleiben. Audry [4] behauptet, daß der Naevus sebaceus circumscriptus langsames, aber stetiges Wachstum Jahre hindurch zeige. Buschke [16] wiederum berichtet, sein Patient hätte die Aussage gemacht, die Erkrankung wäre von Jugend auf dagewesen, sei aber nicht weitergewachsen. Im Falle Politzer [74] vergrößerte sich die Affektion zeitweilig, blieb aber dann seit mehreren Jahren stationär, in einem Falle Bandlers [7] dagegen war besonders in den letzten Jahren ein stärkeres Wachstum bemerkbar.

Bezüglich der Therapie verhalten sich die beiden Formen des Naevus sebaceus etwas verschieden. Die des zirkumskripten stößt auf gewisse Schwierigkeiten. Ist er klein, so läßt er sich bequem exzidieren, vielleicht auch noch ein etwas größerer, wenn er schmal, strichförmig ist, wie der Streifen am Halse bei unserer Patientin. Völlig ausgeschlossen ist jedoch eine Entfernung mit dem Messer bei einer sehr großen, flächenhaften Ausbreitung. Eine außerordentliche Seltenheit ist wohl der Erfolg Jamiessons [46], der durch Anwendung von Resorcinzinkpaste die Efflorescenzen beseitigte und auch drei Monate später eine Wiederkehr nicht beobachten konnte. Der Pringlesche Typus verhält sich einer Behandlung gegenüber weitaus günstiger, und sind da manche erfreuliche Resultate aufzuweisen. Im Falle Pringles selbst erfolgte im Verlauf eines Jahres Spontanheilung unter Hinterlassung geringer weißer Narben, doch steht diese Beobachtung vereinzelt da. Am meisten leistet die Elektrolyse, wobei allmählich nacheinander jeder einzelne kleine Herd zerstört wird. Reitmann [81] und Pezzoli [71] erzielten so eine wesentliche Ablassung und Abflachung der Knötchen. Die Elektrolyse käme vielleicht auch in unserem Falle als Einziges in Betracht, doch ist die Aussicht auf

einen Erfolg wegen der Ausdehnung der Affektion eine äußerst geringe. Mit einer Behandlung, nach welcher entstellende Narben zurückbleiben würden, ist der Patientin ebenso wenig genützt, als wenn wir sie in dem jetzigen Zustande belassen.

Literatur.

1. Ajello, Ein Fall von Adenoma sebaceum, berichtet von Pick, Wien. Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 69, 1904, Seite 297.
2. — Beitrag zum Studium des Adenoma sebaceum. Monatshefte für praktische Dermatologie, Bd. 30, 1900, Seite 255; Bd. 32, 1901, Seite 304.
3. Anderson, London. Ein Fall von Adenoma sebaceum, vermischt mit Molluscum fibrosum. Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1895 II, Seite 498.
4. Audry, Adenoma sebaceum circumscriptum. Annales de dermatol. et de syphil. Juli 1903, No. 7. Bericht von Tannhauser, Stuttgart in Dermatolog. Zeitschrift XI, 1904, Seite 272.
5. — Ueber eine Veränderung der Lippen- und Mundschleimhaut, bestehend in einer Entwicklung atrophischer Talgdrüsen. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1899, Bd. 19.
6. Ballaban, Ueber Cystenbildung der Konjunktiva. Archiv für Augenheilkunde Bd. 43 Seite 174.
7. Bandler, Prag. Zur Histologie des Naevus sebaceus. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 49, 1899, Seite 95.
8. Barlow, München. Ueber Adenomata sebacea. Deutsches Archiv für klinische Medizin Bd. 55, 1895, Seite 61.
9. Beier, Ueber einen Fall von Naevus subcutaneus mit hochgradiger Hyperplasie der Knäueldrüsen. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 31, 1895.
10. Best, Ueber gutartige cystische Epitheliome der Bindehaut. Beiträge zur Augenheilkunde Bd. 37, 1899.
11. Bettmann, Ueber das Vorkommen von Talgdrüsen in der Mundschleimhaut. VII. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen, Heidelberg 1900.

12. — Heidelberg. Ueber angeborenen Haarmangel. Archiv für Dermatolog. und Syphilis Bd. 60, 1902.
13. Bock, E., Wien. Ueber ein Adenom der Talgdrüsen. Virchow-Archiv Bd. 81, 1880, S. 503.
14. Brooke, Manchester. Epithelioma adenoides cysticum. Monatshefte für prakt. Dermatologie Bd. XV, 1892, Seite 588.
15. Brumund, Niederlande. Ein Fall von Adenoma sebaceum symmetricum (Vorstellung) Dermatologische Zeitschrift Bd. VIII, 1901, Seite 167.
16. Buschke, Berlin. Ein Fall von halbhandgrossem Naevus sebaceus am behaarten Kopf. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1902 I, Seite 336.
17. — Berlin. Ein Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum im Gesicht. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1904 I Seite 230.
18. Caspary, Königsberg. Ueber das Adenoma sebaceum. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 33, 1891, Seite 372.
19. Chevallerau. Cystoépithéliome sous-conjunctival chez un enfant. Revue générale d'ophthalmol. No. 6.
20. Christian, Ueber das gutartige Epitheliom der Haut. Dissertation. Berlin 1903.
21. Clarke, Cogswell. An Adenoma of Sebaceous Glands of the Abdominal Wall, Annals of Lungery XL, 486, Oct. 1904. Berichtet von Klotz (New-York) Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 76, 1905, S. 310.
22. Crocker, London. Adenoma sebaceum. Bericht des II. international. Dermatolog. Kongresses, Wien 1892.
23. — London. Milium congenitale (en plaques). Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten Heft X, 1894.
24. Csillag, Budapest. Beitrag zur Lehre von den symmetrischen Gesichtsnävi. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 80, 1906, S. 163.
26. Delbanco, Ueber die Entwickelung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. Monatshefte für prakt. Dermatologie, 1899, Bd. 19.
27. Délore, Tumeurs naeviformes sudoripares, Lyon méd. 1900.
28. Dorst u. Delbanco, Rotterdam-Hamburg. Zur Anatomie der strichförmig angeordneten Geschwülste der Haut („Akanthoma“ bezw. „Epithelioma adenoides cysticum“ und „Adenoma seba-

ceum“ bezw. „multiple umschriebene Talgdrüsenhypertrophien“). Monatshefte für prakt. Dermatologie 1901 II Seite 317.
29. Dujardin, Epitheliom bei einem 20monatlichen Kinde. Journal des sciences méd. de Lille 1885 pag. 747.
30. v. Duyse, Demoépithéliome de la conjunctiva bulbaire. Annales de la Soc. Méd. de Grand.
31. Elliot, Adenocystoma intracanaliculare occuring in a naevus unius lateris. Journ. of Cut and gen.-ur. Diseases 1893.
32. Fabry, Dortmund. Ueber einen seltenen Fall von Naevus unius lateris. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1907, Bd. 44 Heft 5 Seite 235.
33. Feulard, Adénomes sébacés et troubles nerveuses. Annales de Dermatologie et Syphilis 1895, Bd. VI Seite 530.
34. Foster, Ueber unpigmentierten Nävus der Bindehaut. Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde, Jahrg. 42, 1904, Seite 525.
35. Fuchs, Lehrbuch der Augenheilkunde 1905.
36. Ginsberg, Ueber seröse epitheliale Bindehautcysten und Neubildung von Drüsen bei Konjunktivalkatarrh. Archiv für Ophthalmologie Bd. 44.
37. — Grundriss der pathologischen Histologie des Auges. Berlin 1903.
38. Hallopeau et Leredde, Sur un cas d'adénomes sébacés à forme scléreuse. Annales de Dermatol. et Syphilis 1895, pag. 473.
39. Hallopeau et Merklen, Sebaceous miliary teleangiektatis adenom obs. rapportée dans l'article de Pringle 1890.
40. Herford, Ein pigmentierter Nävus der Konjunktiva. Vortrag, gehalten in der Versammlung der Sanitätsoffiziere XVIII. Armeekorps zu Wiesbaden am 14. 1. 05.
41. Heuss, Ueber postembryonale Entwicklung von Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1900, Bd. 31.
42. Himmel, Zur Kenntnis der senilen Degeneration der Haut. Archiv für Dermatologie und Syphilis 64, 1903, S. 47.
43. Hirsch, Der unpigmentierte Nävus der Augenbindehaut. Zeitschrift für Augenheilkunde Bd. 4, 1900.
44. Hirschfeld, Bern. Ueber senile (und präsenile) rein hyperplastische Talgdrüsentumoren, speziell des Gesichts. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1904, Bd. 72 Seite 25.
45. Jadassohn u. Werner, Zur Kenntnis der systematisierten Nävi. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1895, Bd. 33 Seite 341.

46. Jamiesson, Adenoma sebaceum. Brit. Journal of Derm. 1893 p. 138. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1894, Bd. 29 Seite 320.
47. Jarisch, Die Hautkrankheiten. Wien 1900.
48. — Zur Lehre von den Hautgeschwülsten. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 28, 1894, S. 163.
49. Judalewitsch, Zur Histogenese der weichen Nävi. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 58.
50. Juliusberg, Ueber kolloide Degeneration der Haut, speziell im Granulations- und Narben-Gewebe. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 61, 1902.
51. Kalt, Sur une tumeur épithéliale bénigne de la conjunctive bulbaire. Archive d'ophthalmologie Bd. 9, 1889.
52. Kölliker, Ueber das Vorkommen von freien Talgdrüsen am roten Lippenrand des Menschen. Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie 1862, Bd. XI.
53. Kopp, Naevus vasculaire verruqueux de la face. Münchener medizinische Wochenschrift 1896, Seite 40.
54. Kothe, München. Zur Lehre von den Talgdrüsengeschwülsten. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 68, 1903, S. 33.
55. Landström, Ueber Naevus conjunctivae. Mitteilungen aus der Augenklinik zu Stockholm Heft 5, 1904.
56. Lublinski, Ueber das Vorkommen von Talgdrüsen in der Wangenschleimhaut. Deutsche medizinische Wochenschr. 1900, No. 52.
57. Marullo, Berlin. Ein Fall diffuser chronischer Talgdrüsenhypertrophie. Dermatologische Zeitschrift April 1902.
58. Mendes de Costa, Amsterdam. Ein Fall von Adenoma sebaceum (Demonstration). Dermatologische Zeitschrift 1902, IX Seite 382.
59. Du Mesnil de Rochemont. Ueber das Verhalten der elastischen Fasern bei pathologischen Zuständen der Haut. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 25, 1893.
60. Montgomery u. Hay, Talgdrüsen in der Schleimhaut des Mundes. Dermatologische Zeitschrift 1899, Bd. VI.
61. Möller, Stockholm. Fall von Adenoma sebaceum. Monatshefte für praktische Dermatologie 1904, II Seite 271.
62. — Stockholm. Nävusstudien. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1992, Bd. 62, S. 55.

63. Monti, Recherches sur l'adénome sébacé. Archives italiennes de Biologie 1895 No. 8 S. 664.
64. Mracek, Wien. Handbuch der Hautkrankheiten Bd. III. Gutartige Neubildungen der Haut von Dr. Joseph, Wien.
65. Oppenheimer, Maerklin. Ein Fall von halbseitigem Talgdrüsennävus. Inaug.-Diss. Freiburg 1898.
66. Panas, Traité des maladies des yeux, Paris 1894.
67. Parinaud, Dermoépithéliome de l'œil. Archives d'ophthalmologie 1884, pag. 349.
68. Paviot, Histologie pathologique des tumeurs sudoripares naeviformes. Lyon méd. 1900.
69. Pelagatti, Parma. Autopsie d'un cas d'Adénome sébacé de Balzer. Annales de Dermatolog. 1904, pag. 983. Dermatolog. Zeitschrift XII, 1905, Seite 606.
70. Petersen, Ein Fall von multiplen Knäueldrüsengeschwülsten unter dem Bild eines Naevus verrucosus unius lateris. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1892, Bd. 24.
71. Pezzoli, Wien. Zwei Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1893, Bd. 25.
72. Pick, Breslau. Ueber das Epithelioma adenoides cysticum (Brooke) und seine Beziehung zum Adenom der Talgdrüsen (Adenoepithelium). Archiv für Dermatologie und Syphilis 1901, Bd. 58.
73. Pinkus, Berlin. Fall von Adenoma sebaceum (Krankenvorstellung) Dermatolog. Zeitschrift 1902, IX S. 382.
74. Pollitzer, New-York. A case of adenoma sebaceum. Journ. of Cut and gen. urin. Diseases 1893, pag. 475.
75. Poòr, Budapest. Beiträge zur Klinik und Anatomie des sogenannten Adenoma sebaceum. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1905 I, pag. 379.
76. Porter, Cystic Adenoma of the Sebaceous Glands. The Boston Medical and Surgical Journal Bd. 137, 1897. Bericht von Heitzmann, New-York, Archiv für Dermatologie und Syphilis 49, 1899 Seite 151.
77. Pringle, Ueber einen Fall von sogenanntem Adenoma sebaceum. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1890 I S. 197.
78. Rayer, Traité des maladies de la peau (Atlas) Paris 1835.
79. — Traité théorique et pratique des maladies de la peau. Paris 1835.

80. Reis, ein Fall von teleangiektatischem Angiom der Konjunktiva mit Cystenbildung. Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde Bd. 38, 1900.
81. Reitmann, Wien. 3 Fälle von sogenanntem Adenoma sebaceum Pringle. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1907, Bd. 44, No. 4 pag. 186.
82. Reizenstein, Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Monatshefte für praktische Dermatologie 1894, Bd. 68.
83. Riecke, Leipzig. Zur Nävusfrage. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1903, Bd. 65 Seite 65.
84. Rosenthal, Berlin. Adenoma sebaceum. Verhandlungen der Berliner Dermatologischen Vereinigung. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1897, Bd. 29 S. 300.
85. Savill, Adenoma sebaceum. Referat. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1901, Bd. 32 pag. 207.
86. Schapringer, Benign cystic epithelioma of the bulbar conjunctiva. New-York Eye and Ear Luf, Report. Jan. 1898.
87. Schmidt, Ueber die Altersveränderungen der elastischen Fasern in der Haut. Virchows Archiv 1891, Bd. 125.
88. Stieda, Ueber freie Talgdrüsen, Wiener medizinische Wochenschrift, Juli 1902.
89. Stöwer, Ueber die Wucherung des Bindehautepithels mit cystischer Entartung und ihre Beziehung zum Nävus. Graefes Archiv für Ophthalmologie Bd. 54, 1902, S. 436.
90. Suchanek, Ueber gehäuftes Vorkommen von Talgdrüsen in der menschlichen Mundschleimhaut. Münchener med. Wochenschrift 1900.
91. Taylor und Barendt, Three cases of Adenoma sebaceum in wholy family. Brit. Journ. of Dermatologie 1893, pag. 360.
92. Thomson, Adenoma sebaceum. Brit. Journal of Dermatologie, Juli 1901 pag. 275.
93. Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin 1894.
94. — Zur Histologie der weichen Nävi. Dermatologische Zeitschrift II 1895, S. 526.
95. — Basophiles Kollagen, Kolastin und Kollazin. Monatshefte für prakt. Dermatologie 1894, Bd. XIX Seite 465.
96. D'Urso, Italien. Fall von Talgdrüsenadenom. Monatshefte für praktische Dermatologie 1887, S. 185.

97. Villard et Paviot, Des tumeurs sudoripares naeviformes. La province médicale, Juli 1896.
98. Vossius, Ueber einen Fall von Cystenbildung der Konjunktiva der oberen Augenlider. Bericht der ophthalmologischen Gesellschaft, Heidelberg 1896.
99. v. Waldheim, Haemangendothelioma cutis papulosum. Archiv für Dermatologie und Syphilis Bd. 90, 1902, Seite 225.
100. Werther, Dresden. Fall von Naevus sebaceus (Demonstration). Dermatologische Zeitschrift Bd. XIV Heft 6, Juni 1907.
101. Winkler, Bern. Beiträge zur Kenntnis der benignen Tumoren der Haut. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1906, Bd. 80 S. 37.
102. Wintersteiner, Ueber Cysten und Konkremente in der Lidbindehaut und Uebergangsfalte. Archiv für Ophthalmologie Bd. 46.
103. — Beobachtungen und Untersuchungen über den Nävus und das Sarkom der Konjunktiva. Berichte über die 27. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft, Heidelberg 1898.
104. — Angeborene Anomalieen des Auges. Referat über die Literatur. Zeitschrift für Augenheilkunde Bd. 4, 1900, S. 608.
105. Wolters, Bonn. Epitheliom adenoides cysticum. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1901, Bd. 56 Seite 89|197.
106. Zander, Ueber Talgdrüsen in der Mund- und Lippen-Schleimhaut. Monatshefte für praktische Dermatologie 1901, Bd. XXXIII.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Lesser für die Anregung zu dieser Arbeit und Ueberlassung des Falles meinen gehorsamsten Dank an dieser Stelle auszusprechen. Ebenso danke ich Herrn Dr. Halle für seine vielseitige Unterstützung.

Lebenslauf.

Hermann Richard Willy Benkmann, evangelisch, wurde geboren am 18. November 1883 in Ortelsburg (Kreis Ortelsburg), Ostpreussen, als Sohn des damaligen Kreissekretärs Benkmann und seiner Ehefrau Wilhelmine geb. Schleiminger. Er besuchte die Landwirtschaftsschule zu Heiligenbeil Ostpreussen, das Städtische Realgymnasium und das Kneiphöfische Stadtgymnasium zu Königsberg i. Pr. und verliess letzteres zu Ostern 1903 mit dem Zeugnis der Reife.

Vom 1. April bis 30. September 1903 genügte er seiner Dienstpflicht mit der Waffe beim 4. Garde-Regiment zu Fuss.

Seine medizinische Ausbildung erhielt er in Berlin als Studierender der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen durch die Vorlesungen und Kurse von H. Virchow, Frey, Waldeyer, Stumpf, Fischer, Warburg, E. Schulze, Hertwig, Engelmann, Harries, Schwendener, Engler, Thierfelder, Goldscheider, Kraus, Borchardt, Hildebrand, Fränkel, Orth, Sonnenburg, Liebreich, Rubner, Passow, Lesser, v. Leyden, Bumm, Strassmann, Ziehen, Koehler, Hiller, Heubner, v. Michel, Bier, Olshausen, Ewald, Brieger, Bernhardt, Posner, Lasson, Schulz.

Die ärztliche Vorprüfung bestand er im Juli 1905; am 15. Februar 1908 wurde er zum Unterarzt ernannt und beim 2. Ostpreussischen Feldartillerieregiment No. 52 in Königsberg i. Pr. angestellt unter gleichzeitiger Kommandierung zum Königlichen Charité-Krankenhause in Berlin, woselbst er vom 15. Februar 1908 bis 1. März 1909 das praktische Jahr ablegte.

Nach Ablauf des Kommandos bestand er die Staatsprüfung in Berlin.